

**Министерство здравоохранения Республики Беларусь
Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»**

Кафедра педиатрии с курсом ФПКиП

Автор:

Н.В. Моторенко, ассистент

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

для проведения практического занятия
со студентами 6 курса лечебного факультета
обучающихся по специальности 1-79 01 01 «Лечебное дело»
профиля субординатуры «Анестезиология и реанимация»
по дисциплине «Педиатрия (в том числе неонатология)»

Тема: Заболевания органов дыхания.

Время: 7 часов

Утверждено на заседании кафедры педиатрии
с курсом ФПКиП
(протокол № 8 от 14 июня 2022)

2022

УЧЕБНЫЕ И ВОСПИТАТЕЛЬНЫЕ ЦЕЛИ, ЗАДАЧИ, МОТИВАЦИЯ ДЛЯ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ

Учебная цель:

- формирование у студентов базовой профессиональной компетенции при изучении дисциплины Педиатрия (в том числе неонатология) согласно учебной программе
- формирование у студентов научных знаний о заболеваниях дыхательной системы и перспективах их использования в профессиональной деятельности; умений и навыков, необходимых для работы с пациентами разного возраста, знание клинических проявлений болезней, лечебно-диагностических мероприятий, основ реабилитации и профилактики.

Воспитательная цель:

- воспитание у студентов чувства профессиональной ответственности будущего работника медицины;
- формирование профессионально-значимых и социально-психологических качеств личности врача в системе отношений врач – медсестра – пациент;
- формирование у студентов ответственного отношения к своей будущей профессиональной деятельности;
- формирование учебной и трудовой дисциплины, обсуждение дисциплинарных вопросов (посещаемость лекций и практических занятий, пропуски без уважительных причин, опоздания, задолженности по пропущенным занятиям).

Задачи:

В результате проведения учебного занятия студент должен

знать:

- анатомо-физиологические особенности органов дыхания у детей, их клиническое значение;
- патогенез основных патологических синдромов при заболеваниях органов дыхания;
- клинические синдромы бронхолегочной патологии у детей и их диагностическое значение;
- способы оценки функции органов дыхания у детей различного возраста;
- этапы диагностики заболеваний дыхательной системы;
- основные принципы лечения детей с заболеваниями органов дыхания;
- принципы оказания неотложной медицинской помощи детям;
- клиническую фармакологию лекарственных средств, используемых в пульмонологии и при оказании неотложной медицинской помощи.

уметь:

- объективно оценить состояние органов дыхания у детей и выделить основные патологические синдромы;
- построить алгоритм диагностики заболеваний дыхательных путей с учетом локализации очага поражения (ринит, фарингит, ларингит, трахеит, бронхит, бронхиолит, пневмония);
- определить группу нозологий для проведения дифференциального диагноза;

- построить план обследования (клинический, лабораторный, инструментальный) пациента с респираторной патологией;
- оказать посиндромную экстренную помощь ребенку с угрожающими жизни состояниями.

владеть:

- методами объективного (пальпация, перкуссия, аускультация) и дополнительного (измерительные, лабораторные, инструментальные, гистологические, иммунологические и др.) обследования
- навыками общения с пациентами разного возраста и их родителями, медицинским персоналом.

Мотивация для усвоения темы:

- Полученные знания и умения в ходе изучения дисциплины педиатрия позволяют мотивировать студентов на необходимость совершенствования теоретических и практических знаний для осуществления ранней диагностики, лечения и проведения комплекса реабилитационных мероприятий детям с заболеваниями дыхательной системы, тактики оказания неотложной помощи.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОСНАЩЕНИЕ

Таблицы по теме занятия, медицинские карты стационарных пациентов, набор гемограмм, биохимических анализов крови, наборы рентгенограмм грудной клетки, компьютерных томограмм лёгких, заключения бронхоскопии, результаты УЗИ сердца и внутренних органов, электрокардиограммы, результаты потового теста, спирограммы, фонендоскоп; весы, ростомер, сантиметровая лента; банк заданий для самостоятельной работы; подбор тематических пациентов в отделениях стационара.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ИЗ СМЕЖНЫХ ДИСЦИПЛИН

1. *«Нормальная физиология», «Патологическая физиология»:*
 - Механизм газообмена в легких.
 - Возбудители (микробы, вирусы), способные поражать респираторный тракт.
 - Патофизиологические механизмы основных патологических симптомов и синдромов (одышка, гипоксия, дыхательная недостаточность, кардиоваскулярный синдром, обструктивный синдром).
 - Патоморфологические изменения респираторного тракта при острых и хронических заболеваниях органов дыхания у детей.
2. *«Анатомия человека»:*
 - Анатомо-физиологические особенности дыхательной системы у детей.
3. *«Микробиология»:*
 - Назовите основные возбудители острой пневмонии у детей раннего и старшего возраста. Дайте характеристику возбудителей.
 - Назовите, основные биологические жидкости в которых можно определить возбудитель пневмонии
4. *«Фармакология»:*

– Классификация и механизмы фармакологического действия противовирусных препаратов, антимикробных средств, используемых в лечении респираторной патологии

5.«Неотложная помощь в пульмонологии»

– Купирование неотложных состояний в пульмонологии и аллергологии: стенозирующий ларинготрахеит, обструктивный бронхит, гипертермический синдром, анафилактический шок.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ

1. Медицинская этика и деонтология в педиатрии.
2. Пневмонии у детей. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение.
3. Осложнения пневмонии: легочные и внелегочные. Неотложная помощь при нейротоксикозе, пневмотораксе, пиопневмотораксе.
4. Дыхательная недостаточность: этиология, патогенез, клинико-лабораторная диагностика, неотложная помощь.
5. Синдром бронхиальной обструкции: обструктивный бронхит, бронхиальная астма. Неотложная помощь при обструктивном синдроме, астматическом статусе.
6. Стенозирующий ларинготрахеит, эпиглоттит: этиология, патогенез, клиническая картина, дифференциальный диагноз, неотложная терапия.
7. Инородные тела дыхательных путей

ХОД ЗАНЯТИЯ

Теоретическая часть

Респираторные заболевания остаются самой распространенной патологией человека, их прирост регистрируется во многих странах мира вне зависимости от климатогеографической зоны и уровня социально-экономического развития страны. Глобализация усиливает риск распространения этих заболеваний, способствует возникновению новых инфекций, которые быстро передаются и плохо поддаются традиционной терапии. На структуру заболеваний дыхательной системы у детей существенное влияние оказывают анатомо-физиологические особенности, тесно связанные с морфологической и функциональной незрелостью органов дыхания. В связи с этим в детском возрасте часто развиваются состояния, требующие неотложной помощи. Они характеризуются быстро прогрессирующим течением, нередко – атипичной клинической картиной, затрудняющей правильную интерпретацию симптомов, что требует от врача педиатра основательных знаний и умений.

Практическая часть

Проводится инструктаж студентов, обращается внимание на правила внутреннего распорядка, особенности работы в педиатрическом отделении №3

(профиль пульмонология и аллергология). Подбор пациентов осуществляется в соответствии с темой занятия. В ходе практической работы студент должен осуществлять:

- сбор жалоб и анамнеза заболевания,

- клиническое обследование ребенка,
- постановку предварительного диагноза и составление плана обследования,
- интерпретацию результатов лабораторных и инструментальных методов исследования,
- формулировку окончательного клинического диагноза,
- составление плана лечения и реабилитации,
- выписку рецептов на лекарственные средства.

Контроль усвоения темы

1. Демонстрация тематических пациентов с разбором клинических случаев:

острый стенозирующий ларинготрахеит;

острый обструктивный бронхит;

острый бронхиолит;

острый эпиглоттит;

бронхиальная астма, период обострения;

острая пневмония, осложнённая экссудативным плевритом;

инородное тело трахеи;

инородное тело правого главного бронха.

2. Расшифровать предложенные рентгенограммы лёгких у детей с заболеваниями органов дыхания.

3. Решение ситуационных задач

Задача №1.

Мальчик 4 лет. Родители обратились к врачу с жалобами на длительный кашель после перенесенной ОРВИ. Мальчик от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине, срочных родов. Масса тела при рождении 3300 г, длина 51 см. Закричал сразу, к груди приложен на первые сутки. Выписан из род-дома на 6-й день. Период новорожденности протекал без особенностей. С 3,5 мес. переведен на искусственное вскармливание. Сидит с 7 мес, стоит с 10 мес, ходит с 1 года. Профилактические прививки проводились по индивидуальному календарю щадящим методом из-за атопического дерматита. С 3,5 лет посещает детский сад. С этого же времени часто болеет ОРВИ, которые сопровождались кашлем, продолжающимся более 3 недель. ЛОР-врач диагностировал аденоидные вегетации II степени. Семейный анамнез: у матери ребенка - пищевая и лекарственная аллергия, отец - практически здоров, много курит. Заболевание началось с повышения температуры, головной боли, отделяемого из носа, сухого кашля, который через несколько дней стал влажным. Кашель усиливался утром. Иногда приступы кашля заканчивались рвотой. Симптоматическое лечение (микстура от кашля) облегчения не приносило. Был приглашен участковый врач. При осмотре состояние ребенка средней тяжести. Выражены бледность кожных покровов, слезотечение, ринорея. Кашель влажный. Температура тела 37,2°C. Над легкими перкуторный звук легочный с небольшим коробочным оттенком. Аускультативно: на фоне удлиненного выдоха - рассеянные сухие хрипы, среднепузырчатые влажные на вдохе. ЧД -28 в 1 минуту. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, шумов нет. ЧСС 110

ударов в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см из-под правого края ребер.

Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии

Общий анализ крови: НЬ - 120 г/л, Эр - $5,1 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $4,9 \times 10^9$ /л, п/я - 2%, с - 48%, э - 3%, л - 38%, м - 9%, СОЭ - 6 мм/час.

Рентгенография грудной клетки: усиление легочного рисунка, особенно в области корней легких, за счет сосудистого компонента и перибронхиальных изменений.

Задание к задаче по педиатрии

1. Поставьте диагноз.
2. Какие наиболее частые причины приводят к данному заболеванию?
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. В каких случаях проводят диагностическую бронхоскопию?
5. Назначьте лечение.

Задача №2.

Мальчик М., 1 года 1 месяца, поступает в стационар с жалобами ма-тери на ухудшение состояния ребенка, вялость, отказ от еды, повышение температуры тела до $38,8^{\circ}\text{C}$, влажный кашель.

Из анамнеза известно, что ребенок заболел 7 дней назад, когда впервые появились вялость, беспокойный сон, снижение аппетита. Одновременно появились заложенность и слизистое отделяемое из носа, редкий кашель. Вызванный участковый педиатр диагностировал у ребенка острое респираторное вирусное заболевание. Было назначено симптоматическое лечение, десенсибилизирующая терапия. На фоне проводимых мероприятий состояние ребенка улучшилось. Однако на 6-й день от начала заболевания у мальчика повысилась температура тела до $38,8^{\circ}\text{C}$, он вновь стал вялым, отказывался от еды, перестал проявлять интерес к игрушкам, спал беспокойно, усилился кашель. Мать повторно вызвала участкового врача.

При осмотре дома обращали на себя внимание следующие симптомы: бледность кожи, периоральный цианоз, возникающий при плаче, раздувание крыльев носа в момент кормления, одышка до 60 в минуту с участием вспомогательной мускулатуры. Перкуторно над легкими определяется коробочный оттенок перкуторного звука, в межлопаточной области справа - участок притупления, там же и книзу от угла лопатки выслушиваются мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы. Над остальными участками легких выслушивается жесткое дыхание. ЧСС - 160 ударов в мин. Ребенок госпитализирован.

Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии

Общий анализ крови: гематокрит - 49% (норма - 31-47%), НЬ - 122 г/л, Эр - $3,8 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. - 0,8, Лейк $10,8 \times 10^9$ /л, п/я - 4%, с - 52%, э - 1%, л - 36%, м - 7%, СОЭ - 17 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, удельный вес - 1010, белок - 0,066%, глюкоза - нет, эпителий плоский - немного, лейкоциты - 0-1 в п/з, эритроциты - нет, цилиндры - нет, слизь - немного.

Биохимический анализ крови: общий белок - 69 г/л, мочеви́на - 5,1 ммоль/л, холестерин - 3,3 ммоль/л, калий - 4,8 ммоль/л, натрий - 135 ммоль/л, АЛТ - 23 Ед/л (норма - до 40), АСТ -- 19 Ед/л (норма - до 40), серомукоид - 0,480 (норма - до 0,200).

Кислотно-основное состояние крови: рО₂ - 68 мм рт.ст. (норма -80-100), рСО₂ - 52 мм рт.ст. (норма - 36-40), рН - 7,31, ВЕ - -2,3 ммоль/л (норма - +2,3), АВ - 17 ммоль/л (норма - 16-23), ВВ - 39 ммоль/л (норма - 37-47), SB - 19 ммоль/л (норма - 17-23).

Рентгенограмма грудной клетки: выявляются очаговые инфильтративные тени в правом легком. Усиление сосудистого рисунка легких.

Задание к задаче по педиатрии

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
4. Каковы наиболее вероятные этиологические факторы в развитии болезни у данного ребенка?
5. Основные направления в лечении данного пациента

Задача №3.

Ребенок 9 месяцев, заболел остро: подъем температуры до 39,5°C, вялость, отказ от еды, слизистые выделения из носа, покашливание.

Ребенок от первой беременности, протекавшей без токсикоза. Роды срочные. Масса тела при рождении 4500 г, длина тела 53 см. Вскармливание естественное до 1 мес, далее - искусственное. С 3 мес. отмечаются опрелости. У матери - пищевая аллергия на белок коровьего молока, куриные яйца.

При осмотре отмечается: бледность, цианоз носогубного треугольника, ЧД 48 в 1 минуту, дыхание слышно на расстоянии. На коже щек яркая гиперемия, шелушение, в естественных складках кожи мокнутие. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, укорочен справа книзу от угла лопатки. С обеих сторон выслушиваются рассеянные сухие и среднепузырчатые влажные хрипы на высоте вдоха. Над зоной укорочения перкуторного звука на высоте вдоха выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. ЧСС - 160 ударов в мин, тоны сердца приглушены. Живот несколько вздут. Печень выступает на 3 см из-под реберного края. Стула не было 1 сутки. Мочится достаточно.

Задание к задаче по педиатрии

1. Каков наиболее вероятный диагноз у данного больного?
2. Перечислите факторы, предрасполагающие к развитию данного заболевания у детей раннего возраста.
3. Какие возбудители являются наиболее значимыми в развитии внебольничных форм заболевания?
4. Перечислите основные направления в лечении данного пациента.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ВЫПОЛНЕНИЮ СРС

Время, отведенное на самостоятельную работу, используется студентами на:

- проработку тем (вопросов), вынесенных на самостоятельное изучение;

- решение задач;
- выполнение исследовательских и творческих заданий;
- подготовку тематических докладов, презентаций;
- выполнение практических заданий;
- оформление информационных и демонстрационных материалов (стенды, плакаты, графики, таблицы, газеты и др.);
- составление тематической подборки литературных источников, интернет-источников;
- дежурство в организациях здравоохранения;
- составление обзора научной литературы по вопросам занятия.
- подготовка лекций, бесед с пациентами по вопросам профилактики заболеваний дыхательной системы и формированию здорового образа жизни;
- составление ситуационных задач по теме занятия.

Основные методы организации самостоятельной работы:

- выступление с докладом;
- изучение тем и проблем, не освещаемых на учебных занятиях;
- подготовка и участие в активных формах обучения.

Перечень заданий СРС:

- изучение клинических рекомендаций (протоколы обследования и лечения детей) с острым ларинготрахеитом, острым обструктивным бронхитом, бронхиальной астмой, эпиглоттитом, острой пневмонией, инородными телами дыхательных путей.

составление ситуационных задач по теме занятия:

- острый стенозирующий ларинготрахеит, стеноз II степени
- острый стенозирующий ларинготрахеит, стеноз I степени
- острый стенозирующий ларинготрахеит, стеноз III степени
- острый обструктивный бронхит ДН I
- острый обструктивный бронхит ДН II
- острый бронхиолит
- острый эпиглоттит
- бронхиальная астма, период обострения ДН I степени
- бронхиальная астма, период обострения ДН II степени
- острая пневмония, осложнённая экссудативным плевритом
- инородное тело трахеи
- инородное тело правого главного бронха.

выписать рецепты основных групп препаратов, используемых в пульмонологии.

выполнение научно-исследовательской работы по теме занятия.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ВЫПОЛНЕНИЮ УСРС

Рекомендуемыми формами организации УСРС являются:

1. подготовка рефератов по предложенным темам;
2. решение ситуационных задач по теме занятия;
3. тесты по теме занятия.

Перечень заданий УСРС:

1.Подготовить реферат по предложенной теме:

- Синдром Кортагенера.
- Врождённые пороки развития дыхательной системы
- Скрининг-диагностика наследственной и врождённой патологии органов дыхания.

2.Решение ситуационных задач:

Задача №1.

Девочка 6 месяцев, поступила в клинику с жалобами матери на высокую температуру тела, одышку, спастический кашель с трудно отделяемой мокротой. Ребенок заболел 4 дня назад. Заболевание началось с высокой температуры, отделяемого из носа, конъюнктивита, покашливания.

Ребенок от I беременности, протекавшей нормально. Масса тела при рождении 3000. С 2-х месяцев находится на искусственном вскармливании. До настоящего времени дважды перенесла ОРВИ.

При поступлении масса тела 5700, состояние тяжелое, одышка экспираторного типа, спастический кашель. Над легкими перкуторно - коробочный звук, аускультативно - жесткое дыхание, с обеих сторон множество влажных мелкопузырчатых и сухих свистящих хрипов. ЧД - 60 в 1 минуту. Сердце не увеличено в размерах. Тоны ритмичные, приглушены. ЧСС 160 ударов в 1 минуту. Живот мягкий, печень выступает из-под реберной дуги на 2,5 см, селезенка не пальпируется. Стул 1 раз в сутки, оформленный. Мочеиспускание в норме.

Общий анализ крови, эр. - $3,8 \times 10^{12}/л$, Нв - 110 г/л, L - $10 \times 10^9/л$, э- 3%, нейтрофилы палочкоядерные - 10%, с - 50%, л - 28%, м - 9%, СОЭ - 10 мм/час.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Выделите основные клинические симптомы заболевания.
3. Укажите этиологические факторы данного заболевания.
4. Укажите план обследования.
5. Назначьте лечение с указанием доз.

Задача №2.

Ребенок, 10 лет, жалуется на сухой болезненный кашель, повышение температуры до $38^{\circ}C$, боль в правой половине грудной клетки при кашле, снижение аппетита, слабость.

Заболела остро, когда появились вышеуказанные симптомы. Участковым врачом назначен парацетамол, состояние не улучшалось, усиливался кашель. При повторном осмотре участковым врачом выявлена яркая гиперемия щек, число дыханий до 26 в 1 минуту, из носа незначительное серозное отделяемое, гиперемия небных дужек и задней стенки глотки. При перкуссии выявлено укорочение перкуторного звука справа ниже угла лопатки, аускультативно здесь же дыхание ослаблено, непостоянная крепитация. Тоны сердца громкие, ритмичные, умеренная тахикардия до 110 в 1 минуту. По другим органам - без изменений.

Пять дней назад в семье заболел ОРВИ младший брат.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.

2. Наметьте план обследования ребенка.
3. Где необходимо лечить этого ребенка, на дому или в стационаре? Обоснуйте, почему?
4. Составьте план лечения данного больного. Назначьте лечение с указанием доз.

Задача №3.

Мальчик 5 лет, поступил в больницу с жалобами на приступообразный кашель, свистящее дыхание, одышку. Ребенок от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении 3250 г, длина 50 см. Период новорожденности протекал без особенностей. На искусственном вскармливании с 4 месяцев. С 5 месяцев страдает атопическим дерматитом. До 2 лет рос и развивался хорошо. После поступления в детские ясли (с 2 лет 3 мес.) стал часто болеть респираторными заболеваниями (6-8 раз в год), сопровождающимися субфебрильной температурой, кашлем, небольшой одышкой, сухими и влажными хрипами. Рентгенографически диагноз «пневмония» не подтверждался. В 3 года во время очередного ОРВИ возник приступ удушья, который купировался ингаляцией сальбутамола только через 4 часа. В дальнейшем приступы повторялись 1 раз в 3-4 месяца, были связаны либо с ОРВИ, либо с употреблением в пищу шоколада, цитрусовых. Семейный анамнез: у отца и деда по отцовской линии - бронхиальная астма, у матери - экзема. Заболел 3 дня назад. На фоне повышения температуры тела до 38,2°C отмечались насморк, чихание. В связи с ухудшением состояния, появлением приступообразного кашля, одышки направлен на стационарное лечение. При осмотре состояние средней тяжести. Температура тела 37,7°C, приступообразный кашель, дыхание свистящее с удлиненным выдохом. ЧД - 32 в 1 минуту. Слизистая оболочка зева слегка гиперемирована, зернистая. Грудная клетка вздута, над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, с обеих сторон выслушиваются свистящие сухие и влажные хрипы. Тоны сердца слегка приглушены. ЧСС - 88 ударов в мин. Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии

Общий анализ крови: НЬ - 120 г/л, Эр - $4,6 \times 10^{12}/л$, Лейк - $4,8 \times 10^9/л$, п/я - 3%, с - 51%, э - 8%, л - 28%, м - 10%, СОЭ - 5 мм/час.

Общий анализ мочи: количество - 120,0 мл, прозрачность - полная, относительная плотность - 1,018, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - нет.

Рентгенограмма грудной клетки: легочные поля прозрачные, усиление бронхолегочного рисунка в прикорневых зонах. Очаговых теней нет.

Консультация отоларинголога: аденоиды II-III степени.

Задание к задаче по педиатрии

1. Ваш диагноз? Обоснование диагноза.
2. Какое звено патогенеза обструктивного синдрома является ведущим в данном случае?
3. Назначьте лечение в данном периоде заболевания?
4. Опишите этапное лечение заболевания.

Задача 4.

Мальчик 10 лет, поступил в отделение детской пульмонологии с жалобами на мучительный приступообразный кашель, усиливающийся в ночные и утренние

часы. Болен в течение 1,5 месяцев, когда, после работы с журналами и книгами появился лающий кашель и осиплость голоса. Лечился амбулаторно: бромгексин, АЦЦ. Положительной динамики от проведенной терапии не отмечалось. Наблюдается у аллерголога по поводу атопического дерматита. С 8 лет эпизоды обструктивного бронхита 2-3 раза в год. Мама страдает поллинозом (аллергический риноконъюнктивит). Объективно: Состояние ребенка средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, дыхание носом затруднено. Аускультативно в легких выслушивается жесткое дыхание, на форсированном выдохе выслушиваются сухие свистящие хрипы с обеих сторон, выдох удлинен, ЧД 24 в мин. Тоны сердца ясные ритмичные, ЧСС 88 в минуту. Живот пальпации доступен, мягкий. Стул регулярный оформленный. Мочится свободно.

Вопросы:

1. О каком заболевании можно думать?
2. Какие необходимы дополнительные обследования для подтверждения диагноза?
3. Назначьте неотложное лечение

Тестовый контроль

1. Что из нижеперечисленных клинических признаков характерно для экссудативного плеврита?
 1. боль при наклоне в одну сторону;
 2. смещение органов средостения в больную сторону;
 3. коробочный звук при перкуссии;
 4. везикулярное дыхание при аускультации.
2. При каких заболеваниях и состояниях наблюдается экспираторная одышка?
 1. бронхит;
 2. бронхиальная астма;
 3. круп;
 4. заглоченный абсцесс;
 5. при инородном теле.
3. Возбудителем бактериальной пневмонии у детей старшего возраста чаще является:
 1. стрептококк группы А;
 2. золотистый стафилококк;
 3. пневмококк;
 4. гемофильная палочка;
 5. стрептококк группы В.
4. К факторам, способствующим развитию пневмонии у новорожденных детей, относятся нижеперечисленные, кроме
 1. пневмопатии;
 2. недоношенности;
 3. токсикоза первой половины беременности;
 4. гриппа перед родами.
5. При наличии одышки, свистящих хрипов в легких поражены бронхи:
 1. крупного калибра;

2. среднего калибра;
 3. мелкого калибра.
6. В генезе приступа респираторного удушья у детей раннего возраста преобладает:
1. бронхоспазм;
 2. отек;
 3. гиперсекреция.
7. Смещение средостения в сторону поражения может наблюдаться при:
1. гемотораксе;
 2. пневмотораксе;
 3. гидропневмотораксе;
 4. лобарной эмфиземе;
 5. ателектазе легкого.
8. Укажите признаки, характерные для микоплазменных пневмоний:
1. острое начало;
 2. сегментарные и субсегментарные затемнения на рентгенограмме легких;
 3. влажные хрипы, крепитация при аускультации;
 4. отхождение большого количества мокроты;
 5. гиперлейкоцитоз.
9. На основании какого вида исследования можно наиболее правильно диагностировать дыхательную недостаточность?
1. анамнеза;
 2. физикального обследования пациента;
 3. рентгенологического исследования грудной клетки;
 4. спирографического исследования;
 5. исследования газов артериальной крови (КЩС).
10. Крупозная пневмония у детей протекает типично:
1. в грудном возрасте;
 2. в раннем детском возрасте;
 3. в школьном возрасте.
11. Укажите заболевания, вызываемые ДНК-содержащими вирусами:
1. грипп;
 2. парагрипп;
 3. респираторно-синтициальная инфекция;
 4. аденовирусная инфекция;
 5. риновирусная инфекция;
 6. герпетическая инфекция.
12. Для диагностики вирусной инфекции используются следующие методы:
1. иммунофлюоресцентный;
 2. исследование сыворотки крови (РСК, РПГА);
 3. полимеразно-цепная реакция (ПЦР);
 4. определение антител класса иммуноглобулинов М с помощью ИФА;
 5. все вышеперечисленное.
13. К внутриклеточным возбудителям инфекций относятся:
1. энтеробактерии;

2. хламидии;
 3. гемофильная палочка;
 4. микоплазма;
 5. протей.
14. Какой из перечисленных возбудителей чаще всего является причиной развития бронхоолита?
1. вирус гриппа;
 2. вирус парагриппа;
 3. респираторно-синтициальный вирус;
 4. возбудитель дифтерии;
 5. гемофильная палочка.
15. Какой из перечисленных возбудителей чаще всего является причиной развития острого стенозирующего ларинготрахеита (круп)?
1. вирус гриппа;
 2. вирус парагриппа;
 3. респираторно-синтициальный вирус;
 4. возбудитель дифтерии;
 5. гемофильная палочка.
16. Синдром бронхиальной обструкции при ОРВИ преимущественно обусловлен:
1. спазмом мускулатуры бронхов;
 2. отеком слизистой бронхов;
 3. экссудативными проявлениями в бронхах;
 4. температурной реакцией.
17. Основными показаниями для диагностической бронхоскопии у детей являются:
1. бронхиальная астма;
 2. острый бронхит;
 3. персистирующий кашель неясного генеза;
 4. подозрение на аспирацию инородного тела;
 5. острая пневмония, осложненная плевритом;
 6. подозрение на опухоль бронхов.
18. При острой пневмонии ранним симптомом является:
1. наличие сухих распространенных хрипов с обеих сторон;
 2. крупнопузырчатые непостоянные хрипы с обеих сторон;
 3. бледность кожных покровов;
 4. укорочение перкуторного звука.
19. Частота дыхания у детей в возрасте 5–6 лет составляет:
1. 30–35 в минуту;
 2. 25–30 в минуту;
 3. около 25 в минуту;
 4. 18–20 в минуту.
20. Для крепитации характерно:
1. локализация хрипов в нижних отделах легких;
 2. выслушивание на высоте вдоха;
 3. независимость от откашливания;

4. обильность явлений даже при небольших размерах очага поражения;
 5. уменьшение в зависимости от откашливания.
21. Различают следующие формы бронхиальной астмы у детей:
1. атопическая (аллергическая);
 2. неатопическая (пневмоаллергическая);
 3. инфекционно-аллергическая;
 4. смешанная.
22. Укажите средства базисной терапии бронхиальной астмы:
1. антигистаминные препараты;
 2. недокромил натрия.
 3. эуфиллин;
 4. кромогликат натрия;
 5. ингаляционные кортикостероиды;
 6. специфическая иммунотерапия.
23. Укажите клинические признаки, не типичные для бронхиальной астмы у детей:
1. начало симптомов в неонатальном периоде;
 2. свистящее дыхание, резистентное к бронходилататорам;
 3. свистящее дыхание, связанное с приемом пищи или рвотой;
 4. внезапное начало с кашлем и асфиксией;
 5. стридор, стеаторея;
 6. все вышеперечисленное.
24. К пролонгированным β -2-агонистам относятся:
1. астмопент;
 2. сальметерол (серевент);
 3. сальбутамол;
 4. кленбутерол (спиропент);
 5. беродуал;
 6. формотерол (форадил).
25. Для аллергических реакций 1-го типа характерно:
1. участие в них Ig A, Ig M;
 2. участие в них Ig E;
 3. клетки-мишени – базофилы, тучные клетки (мастоциты);
 4. клетка-эффектор – сенсibilизированный Т-лимфоцит;
 5. анафилактический шок, крапивница, бронхиальная астма;
 6. сывороточная болезнь, аллергические альвеолиты, ЮРА.
26. Экспираторная одышка наблюдается при:
1. остром простом бронхите;
 2. синдроме крупа;
 3. приступе бронхиальной астмы;
 4. заглочном абсцессе;
 5. остром деструктивном бронхите.
27. Назовите М-холинолитические препараты, применяемые при лечении больных с бронхиальной астмой:
1. недокромил натрия;
 2. гистаглобулин;

3. ипратропиума бромид.
28. Пикфлоуметрия используется для:
1. обследования детей в возрасте до 5 лет;
 2. обследования детей старше 5–6 лет;
 3. определения жизненной емкости легких;
 4. определения скорости форсированного выдоха;
 5. определения содержания углекислоты в выдыхаемом воздухе.
29. Для псевдоаллергических реакций характерно
1. увеличение общего Ig E в сыворотке крови;
 2. наличие специфических Ig E в сыворотке крови;
 3. зависимость между дозой аллергена и выраженностью реакции.
30. Назовите препараты — ингибиторы лейкотриенов для лечения больных с бронхиальной астмой:
1. глицирам;
 2. этимизол;
 3. зафирлукаст (аколат);
 4. кетотифен (задитен);
 5. монтелукаст (сингуляр).
31. Для хронических бронхолегочных заболеваний с диффузным пневмосклерозом характерно:
1. дыхательная недостаточность;
 2. отставание в физическом развитии;
 3. кашель;
 4. пальцы в виде "барабанных палочек".
32. В анамнезе у 3-х летнего ребенка повторные бронхиты, пневмонии. Ребенок отстает в физическом развитии, кожные покровы бледной окраски, пальцы в виде "барабанных палочек". Аускультативно — разнокалиберные хрипы. В копрограмме обнаружен нейтральный жир. Ваш предположительный диагноз?
1. бронхиальная астма;
 2. бронхолегочная дисплазия;
 3. хронический бронхит;
 4. туберкулез;
 5. муковисцидоз.
33. Назовите признаки, характеризующие третью степень дыхательной недостаточности:
1. соотношение пульса и дыхания в покое — 2–1,5:1;
 2. ЧСС: ЧД = 4–3,5:1;
 3. PaO_2 — 65–80 мм.рт.ст., $PaCO_2$ — 40–50 мм.рт.ст.;
 4. PaO_2 — 60–65 мм.рт.ст., $PaCO_2$ — 50–70 мм.рт.ст.;
 5. pH крови 7,35;
 6. вдыхание 60% кислорода не изменяет состояние дыхания.
34. У больных с ХНЗЛ имеют место симптомы бронхоэктазов, хронического ринита, синусита, а также частичное обратное расположение внутренних органов. Какой наиболее вероятный диагноз?
1. гипоплазия легочной артерии;

2. поликистоз доли легкого;
 3. синдром Вильямса-Кемпбелла;
 4. синдром Картагенера;
 5. синдром Мунье-Куна.
35. Муковисцидоз относится к заболеваниям с типом наследования:
1. аутосомно-доминантный, сцепленный с У-хромосомой;
 2. аутосомно-доминантный, сцепленный с Х-хромосомой;
 3. аутосомно-рецессивный, сцепленный с Х-хромосомой;
 4. аутосомно-рецессивный;
 5. аутосомно-доминантный.
36. К "защищенным" пенициллинам относятся:
1. ампициллин;
 2. оксациллин;
 3. амоксициллин;
 4. аугментин;
 5. амоксиклав.
37. Укажите наиболее часто встречающийся порок развития бронхолегочной системы:
1. агенезия легкого;
 2. лобарная эмфизема;
 3. трахеобронхомаляция;
 4. поликистоз легких;
 5. синдром Вильямса-Кемпбелла.
38. Годовалый ребенок имеет массу тела 7 кг, отмечается постоянный кашель, в анамнезе — несколько раз пневмония. Стул обильный жирный. Ваш вероятный диагноз?
1. хроническая пневмония;
 2. муковисцидоз;
 3. целиакия.
39. При раздражении парасимпатических нервов мышцы бронхов:
1. сокращаются;
 2. расслабляются.
40. Укажите механизм действия бета-2-агонистов:
1. стабилизируют тучные клетки;
 2. вызывают расслабление гладких мышц бронхов;
 3. оказывают влияние на гиперреактивность бронхов;
 4. все вышеперечисленное.
- Ответы: 1–1; 2–2,3; 3–1,5; 4–2; 5–2; 6–1,2,3; 7–2,4; 8–2; 9–2,3; 10–5; 11–2,3; 12–2; 13–5; 14–2; 15–1; 16–2; 17–2; 18–4; 19–1; 20–1; 21–3; 22–2; 23–2; 24–1,3,4; 25–1,2,4,5; 26–1,3,4; 27–1,2,5; 28–1,2,4,5,6; 29–1; 30–1; 31–2; 32–2; 33–1,2; 34–3; 35–2,5; 36–2,4; 37–1,3; 38–1,2; 39–3; 40–2,4.

Формы контроля выполнения УСРС:

1. проверка и оценивание реферата по заданной теме;
2. проверка и оценивание правильности решения ситуационных задач;

3. тестовый контроль.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ:

1. Шабалов, Н. П. Детские болезни : учебник : в 2 т. – СПб : Питер, 2021. – Т. 1. – 880 с. – Режим доступа: <https://docplayer.com/215163401-Shabalov-n-p-sh12-detskie-bolezni-uchebnik-dlya-vuzov-tom-1-8-e-izd-spb-piter-s-il-seriya-uchebnik-dlya-vuzov.html> – Дата доступа: 28.05.2022.
2. Шабалов, Н. П. Детские болезни : учебник : в 2 т. – СПб : Питер, 2021. – Т. 2. – 896 с. – Режим доступа: <https://docplayer.com/215163401-Shabalov-n-p-sh12-detskie-bolezni-uchebnik-dlya-vuzov-tom-1-8-e-izd-spb-piter-s-il-seriya-uchebnik-dlya-vuzov.html> – Дата доступа: 28.05.2022.
3. Асирян, Е. Г. Клинико-иммунологическое обоснование применения иммунокорректирующего лечения у детей с бронхиальной астмой : монография / Е. Г. Асирян : УО «Витеб. гос. мед. уни-т», каф. Педиатрии. – Витебск : ВГМУ, 2018. – 242 с. : ил., табл. – Библиогр. : С. 209-242. – Режим доступа: https://www.elib.vsmu.by/bitstream/123/20717/1/Asirian-EG_Kliniko-immunologicheskoe_obosnovanie_primeneniia_immunokorrigiruiushchego_lecheniia_u_detej_s_bronkhialnoy_astmoj_2018.pdf – Дата доступа: 28.05.2022.
4. Вёрткин, А. Л. Неотложная медицинская помощь на догоспитальном этапе [Электронный ресурс] : учебник / А. Л. Вёрткин, Л. А. Алексанян, М. В. Балабанова и др. ; под ред. А. Л. Вёрткина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 544 с. – ISBN 978-5-9704-3579-3 – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970435793.html> – Дата доступа: 28.05.2022.
5. Детская пульмонология : нац. рук. / под ред. Б. М. Блохина. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 957 с. : ил., табл. – (Национальные руководства). – Предм. указ.: с. 950-957 (НЛ) <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970458570.html> – Дата доступа: 28.05.2022.
6. Зарянкина, А. И. Бронхиты у детей : учеб.-метод. пособие для студентов 4-6 курсов всех фак. учреждений высш. мед. образования, врачей-интернов, педиатров, врачей общ. практики, слушателей курсов повышения квалификации и переподгот. / А. И. Зарянкина, А. А. Козловский. – Гомель : ГомГМУ, 2018. – 17 с. – Режим доступа: <https://elib.gsmu.by/handle/GomSMU/3952> – Дата доступа: 28.05.2022.
7. Кильдиярова, Р. Р. Детские болезни [Электронный ресурс] : учебник / под ред. Р. Р. Кильдияровой. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 832 с. – ISBN – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970429488.html> – Дата доступа: 28.05.2022.
8. Кильдиярова, Р. Р. Физикальное обследование ребенка [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Р. Р. Кильдиярова, Ю. Ф. Лобанов, Т. И. Легонькова – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 256 с. – ISBN 978-5-9704-3243-3 – Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432433.html> – Дата доступа: 28.05.2022.
9. Козловский, А. А. Бронхообструктивный синдром у детей : методическое пособие / А. А. Козловский. – Минск, 2016. – 24 с.
10. Курат, Ш. Неотложные состояния в педиатрии : пер. с англ. / Ш. Курат, Б. Реш. – М. : Медицинская литература, 2018. – 264 с.

11. Неотложная помощь в педиатрии : пособие для студентов учреждений высш. образования, обучающихся по специальности 1-79 01 01 «Лечеб.дело» /М-во здравоохранения Респ. Беларусь, УО «Витеб. Гос. Мед.ун-т», каф. педиатрии ; под ред И. М. Лысенко. – Витебск : Изд-во ВГМУ, 2018. – 298 с : табл. – Рек. УМО по высш. мед. образованию Респ. Беларусь. – Режим доступа: <https://elib.vsmu.by/handle/123/20179> – Дата доступа: 28.05.2022.

12. Пропедевтика детских болезней : учебное пособие для студентов учреждений высш. образования по специальности «Педиатрия» / под ред. М. В. Чичко, А. М. Чичко. – Минск : Мисанта, 2018. – 911 с. : ил., табл. + 1 электрон. Опт. Диск (CD-ROM). – Допущено М-вом образования Респ. Беларусь.